

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan (HMO).

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para entender:

- La prima de nuestro plan y el costo compartido.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene alguna pregunta sobre este documento, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben de llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Esta llamada es gratuita.

Este plan, UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, es ofrecido por el UCLA Health Medicare Advantage Plan. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos”, o “nuestro” se refiere al UCLA Health Medicare Advantage Plan. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refiere al UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.)

Este documento está disponible gratuitamente en español. Este documento también está disponible en formatos alternativos (por ejemplo, braille, letra grande, audio).

Los beneficios, primas, deducibles, los copagos y los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Se le notificará cualquier cambio que pueda afectarle con un mínimo de 30 días de antelación.

Índice**Índice****CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6**

SECCIÓN 1	Usted es un miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.....	6
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	7
SECCIÓN 3	Materiales importantes para los miembros	8
SECCIÓN 4	Resumen de los costos importantes para 2026	10
SECCIÓN 5	Cómo pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D	15
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado su registro de miembro de nuestro plan	18
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

Sección 1	Contactos del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan	21
SECCIÓN 2	Obtener ayuda de Medicare	26
SECCIÓN 3	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	28
SECCIÓN 4	Quality Improvement Organization (QIO)	29
SECCIÓN 5	Seguro Social	30
SECCIÓN 6	Medicaid	30
SECCIÓN 7	Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	31
SECCIÓN 8	Junta de Jubilación para Ferrovianos (Railroad Retirement Board, RRB)	35
SECCIÓN 9	Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 37

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2	Acuda a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	39
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica.....	44
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	47
SECCIÓN 5	Servicios médicos durante un estudio de investigación clínica	48
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	50
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	51

Índice

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).....	53
SECCIÓN 1 Explicación de los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos	53
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos.....	55
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)	103
CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D.....	106
SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D	106
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan	107
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan	112
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura	114
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea	116
SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año	119
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos.....	122
SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento recetado	123
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales.....	124
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos	126
CAPÍTULO 6: Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D.....	129
SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D	129
SECCIÓN 2 Etapas del pago de medicamentos para los miembros del Plan UCLA Health Medicare Advantage Principal	132
SECCIÓN 3 Su <i>explicación de beneficios (EOB)</i> de la Parte D explica en qué etapa de pagos se encuentra	132
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible	134
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial.....	135
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastrófica	140
SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por vacunas de la Parte D	140

Índice

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos	143
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos	143
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió	146
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	147
CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades	149
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	149
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	156
CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	158
Sección 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	158
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	159
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?	159
Sección 4 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones	160
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	164
SECCIÓN 6 Vacunas de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	173
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto	184
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.	190
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5	194
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....	198
CAPÍTULO 10: Cancelación de membresía en nuestro plan	203
SECCIÓN 1 Cancelación de membresía en nuestro plan	203
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	203
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	206

Índice

SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.....	207
SECCIÓN 5	El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	207
CAPÍTULO 11: Avisos legales		210
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	210
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	210
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	211
CAPÍTULO 12: Definiciones.....		212

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es un miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

Sección 1.1 Usted está inscrito en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y eligió recibir la cobertura para medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores en este plan difieren del Original Medicare.

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan es un Medicare Advantage HMO Plan (HMO significa Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre su atención médica. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato está vigente los meses en los que esté inscrito en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Usted tiene ambas partes de Medicare A y B.
- Vive en nuestra zona de cobertura geográfica (descrita en la Sección 2.2). A las personas encarceladas no se les considera residentes en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Si usted es ciudadano de los Estados Unidos o está legalmente presente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para mantenerse como miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: Los Angeles

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para verificar si tenemos un plan en su nuevo domicilio. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá ya sea cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nuevo domicilio.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

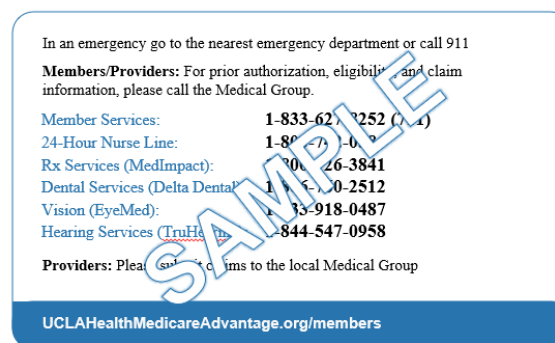
Sección 2.3 Ciudadanos estadounidenses o residencia legal

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán al [UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan](#) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su afiliación si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si lo tiene. Muestra de tarjeta de miembro de nuestro plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, es posible que tenga que pagar por su cuenta el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si su tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de Proveedores* www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers ofrece un listado de nuestra red actual de proveedores. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier monto de costo compartido del plan como pago completo.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar los cargos en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos cuando el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, Puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) al Servicios para los miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy le ofrece una lista de nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte el Capítulo 5 de la Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia al Servicios para los miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Lista de medicamentos o formulario). En ella se indican los medicamentos recetados que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Los medicamentos de esta lista han sido seleccionados por nuestro plan, con

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados en el marco del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y sustituidos tal y como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no aparece en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2026

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que esta cantidad. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	\$0
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	\$2,499
Visitas al consultorio de atención primaria	\$0 por visita
Visitas al consultorio del especialista	\$0 por visita

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

	Sus costos en 2026
Estancias hospitalarias como paciente internado	\$200
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles).	Deducible \$0 - Niveles 1 y 2 Deducible de \$250 - Niveles 3, 4 y 5 excepto los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas).	Copago durante la Etapa de cobertura inicial: Nivel de medicamentos 1: \$0 Nivel de medicamentos 2: \$0 Nivel de medicamentos 3: \$47 por suministro mensual. Usted paga un máximo de \$35 por mes por un producto de insulina de este nivel. Nivel de medicamentos 4: Coseguro del 45 % Nivel de medicamentos 5: Coseguro del 30 % Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D ni por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual por separado para el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, es posible que **la información sobre las primas que figura en esta Evidencia de cobertura no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un documento separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el folleto *LIS Rider*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, si usted no es elegible para la Parte A sin primas.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, transcurren 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Cuando se inscribe por primera vez en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** tiene que pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D si:

- Recibe ayuda adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura acreditable para medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA)). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informará cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos estándar de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuento en medicamentos no son una cobertura acreditable para medicamentos recetados.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1 % por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Entonces, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima base nacional para beneficiarios). Para 2026, esta prima promedio será de \$38.99.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario y redondee a la decena de centavos más cercana. En este ejemplo, sería 14 % por \$38.99, lo cual asciende a \$5.4586. Este se redondea a \$5.46. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D son:

- **La multa puede variar cada año**, ya que la prima básica nacional para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si es *menor* de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para cumplir la condición de edad para Medicare.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de incorporarse a nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de nuestro plan.

Sección 4.4 Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount), de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de los últimos dos años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social (Social Security), de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de personal (Office of Personnel Management), independientemente de cómo pague siempre su prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, su inscripción en nuestro plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para conocer cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si lo tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que usted adeuda por cualquier medicamento con receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Cómo pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de nuestro plan

Existen 4 maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Cada mes recibirá por correo una factura del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Solo tiene que arrancar el talón de pago y enviárnoslo junto con su pago en el sobre provisto a:

UCLA Health Medicare Advantage Plan
PO Box 745123
Los Angeles, CA 90074-5123

El pago vence el día 1 de cada mes. En el talón de pago, tiene la opción de proporcionar la información de su tarjeta de crédito o débito, o puede emitir un cheque a nombre de "UCLA Health Medicare Advantage Plan", no a nombre de Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ni Health and Human Services (HHS).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de su multa por inscripción tardía en la Parte D también pueden realizarse mediante un retiro de su cuenta corriente o de ahorros.

El plan de salud impone un cargo por los cheques sin fondos. Usted es responsable del importe total del cheque más un cargo por servicio de \$25 por el primer cheque devuelto y \$35 por cada cheque devuelto subsiguiente.

Opción 2: Pagar en el portal para miembros MyChart

Los pagos únicos y los pagos periódicos automáticos de su multa por inscripción tardía de la Parte D pueden realizarse mediante tarjeta de crédito, tarjeta de débito, ApplePay o GooglePay o cuenta bancaria en el Portal para miembros MyChart sin costo alguno. Si no tiene una cuenta en el Portal para miembros MyChart, puede pagar como Visitante. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. Por lo general, utilizaremos la forma de pago seleccionada para cobrarle el primer día hábil de cada mes. Si necesita ayuda, póngase en contacto con el Servicio para miembros. Nos dará mucho gusto poder explicarle las opciones.

Opción 3: Pagar por teléfono

Puede solicitar que le carguen la multa por inscripción tardía en la Parte D en su tarjeta de crédito o débito poniéndose en contacto con Servicios para los miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y seleccionando la opción 4. No hay costo alguno para usted por utilizar este servicio. El servicio está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Opción 4: Que le descuenten las multas por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de beneficios de la Junta de Jubilación de Ferrovianos.

Contacte con Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda.

Opción 5: Solicite que le descuenten las multas por inscripción tardía en la Parte D de su cheque de Seguro Social.

Cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. Mientras tramitamos su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o utilice la cuenta del portal para miembros MyChart.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D

La multa por inscripción tardía en la Parte D debe pagarse en nuestra oficina antes del primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del día 1 del mes, le enviaremos un aviso informándole de nuestra membresía en el plan terminará si no recibimos su multa por inscripción tardía en la Parte D, si se adeuda, en un plazo de 4 meses. Si debe una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, a tiempo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para consultar si podemos orientarle hacia programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no ha pagado la multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, tendrá la cobertura médica de Original Medicare. Posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de Inscripción Abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos adeude las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a reclamar el cobro de la cantidad que nos adeuda y, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos) en el futuro, deberá pagar la cantidad que nos adeuda antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo). Si ha tenido una circunstancia de emergencia ajena a su voluntad que le ha impedido pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para obtener indicaciones sobre cómo presentar una queja o llámenos al 1-833-627-8252. El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, excepto los días feriados federales. El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., horario del Pacífico, 7 días a la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Debe presentar su queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancele su membresía.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año.

No estamos autorizados a cambiar el monto de la prima mensual del plan que cobramos durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigor el 1 de enero.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda adicional” durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “Ayuda adicional” durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la “Ayuda adicional”, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre la “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de miembro de nuestro plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **Utilice su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus cantidades de costo compartido.** Por ese motivo, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si experimenta alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación para los trabajadores o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si fue ingresado en un centro de cuidados
- Si obtiene atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si cualquier parte de esta información cambia, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

También es importante que se comuniquen con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o farmacéutica que usted tenga, para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta, o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Es posible que otros aseguradores le requieran el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro pagará en primer término. El seguro que primero paga (“el pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El seguro que paga en segundo término (“pagador secundario”), solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura, generalmente, pagan primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Seguro de compensación a los trabajadores

Medicaid y TRICARE nunca pagan primero por servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

Sección 1 Contactos del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan al 1-833-627-8252, los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Con gusto le ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en un plazo de un día hábil. El Servicio para los miembros, en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: TTY: 800-833-5833 (sin costo) Voz: 800-833-7833 (sin costo)

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-320-8517
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o los medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica. Información de contactos

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
---------------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: TTY: 800-833-5833 (sin costo) Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-234-7698 - Decisiones de cobertura 1-424-234-7897 - Apelaciones
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos de la Parte D.
Información de contactos

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Fax	1-858-790-7100 – Decisiones de cobertura de la Parte D 1-858-790-6060 – Apelaciones de la Parte D
Por carta	Para determinaciones de cobertura: MedImpact 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131 Para apelaciones de la Parte D: MedImpact Attn: Appeals Department 10181 Scripps Gateway Court Ste 200 San Diego, CA 92131
Sitio web	www.Medimpact.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica. Información de contacto

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas.

Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al:

TTY: 800-833-5833 (sin costo)

Voz: 800-833-7833 (sin costo)

Horario de operación:

De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre.

De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo.

Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.

Fax	1-424-234-7897
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan directamente a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que usted recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto

Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación:
---------------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: TTY: 800-833-5833 (sin costo) Voz: 800-833-7833 (sin costo) Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-305-1035
Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121 Attn: Claims Department
Sitio web	www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

SECCIÓN 2 Obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia suscribe contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare. Información de contactos

Por teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Converse en vivo	Usted puede conversar en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Por carta	Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluyendo cuánto cuestan y qué servicios ofrecen. • Busque médicos u otros proveedores y prestadores de servicios médicos que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, las residencias de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de cuidados de largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Para presentar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se conoce como el Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (HICAP) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico pueden ayudarle entender sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médico y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico también pueden ayudarle con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarle a entender las opciones de los planes de Medicare, así como responder preguntas sobre cómo cambiar de planes.

Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (HICAP) (SHIP de California). Información de contactos

Por teléfono	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Por carta	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	aging.ca.gov/hicap/

SECCIÓN 4 Quality Improvement Organization (QIO)

Una Organización para la Mejora de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En California, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Commerce Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Contacte con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención médica pueden ser recibir medicamentos equivocados, someterse a pruebas o procedimientos innecesarios, o recibir un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

**Commence Health (Organización de California para la Mejora de la Calidad) –
Información de contactos**

Por teléfono	1-877-588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., y sábados y domingos, de 10.00 a. m. a 4:00 p. m., hora local; excepto en días feriados estatales
TTY	1-855-887-6668 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Por carta	Commence Health BFCC-QIO Area 9 10820 Guilford Rd, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
Sitio web	www.livantaqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y se encarga de la inscripción en este programa. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, debe informarlo a las oficinas del Seguro Social.

Seguro Social - Información de contactos

Por teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, contacte con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (DHCS).

Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services, DHCS) – Información de contactos

Por teléfono	The Office of the Ombudsman 1-888-452-8609 Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; excepto en días feriados estatales
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Por carta	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 0000 Sacramento, CA 95899-7413 MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
Sitio web	https://www.dhcs.ca.gov/

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) ofrece información sobre diferentes maneras para reducir sus costos de medicamentos recetados.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Los programas descritos a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social cuentan con un programa llamado Ayuda Adicional (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar su prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta de color morado para comunicárselo. Si no califica automáticamente, pueden solicitarla en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite <https://secure.ssa.gov/i1020/start> para solicitarla en línea
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicite la Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted indique lo contrario en la solicitud de Ayuda adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener evidencia de la cantidad correcta del copago. Si ya tiene la evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- Para solicitar ayuda sobre cómo obtener la mejor evidencia disponible y cómo presentarla, comuníquese con Servicios para miembros de MedImpact al 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado. Si paga de más en su copago, le reembolsaremos la diferencia, ya sea mediante un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para miembros al 1-833-627-8252 (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene alguna pregunta.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

La tarjeta California Rx Card es la ayuda gratuita para medicamentos recetados en todo el estado. Las tarjetas también se pueden obtener visitando el sitio web en www.californiarxcard.com

¿Qué ocurre si tiene “Ayuda adicional” y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con VIH/SIDA a obtener acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están incluidos en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda de participación de costos de los medicamentos recetados a través del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA de California (ADAP, en inglés).

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso presentar comprobante de residencia en el estado y condición del VIH, presentar un comprobante de bajos ingresos (según lo define el estado), y demostrar la condición de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de planes, notifíquelo a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al (844) 421-7050.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En California, el programa estatal de asistencia farmacéutica es California Rx Card.

Programa estatal de asistencia farmacéutica, California Rx Card – Información de contactos**Por teléfono**1-800-726-4232

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	Disponible las 24 horas del día/7 días a la semana
Por carta	3636 S. Sherwood Forest Blvd Sherwood Tower 440 Baton Rouge, LA 70816
Sitio web	www.californiarxcard.com

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos para ayudarlo a gestionar los gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos durante el **año calendario** (enero-diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame Servicios para miembros de MedImpact al 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite www.Medicare.gov

El plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Información de contacto

Por teléfono	1-800-926-3841 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana Servicios para miembros de MedImpact en el 1-800-926-3841 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) También ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: Disponible las 24 horas del día, 7 días a la semana

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

Fax	1-858-790-6060
Por carta	10181 Scripps Gateway Ct, San Diego, CA 92131 CustomerService@MedImpact.com
Sitio web	www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/prescription-payment-program

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RBB). Información de contacto

Por teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m. los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB, disponible las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si usted tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:

Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica para usted se incluyen en la Tabla de beneficios del plan médico, en el Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que la atención médica que reciba esté cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Por lo general, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** (la tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que reciba es considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red, que le brinda y supervisa su atención médica.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1).
 - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá aprobarlo por adelantado (una referencia) antes de que usted acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.
 - No necesita referencias de su médico de atención primaria para recibir atención de emergencia o servicios que se requieran con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir la atención médica de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que usted reciba. Existen tres excepciones:
 - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y saber qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
 - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. Su PCP deberá obtener autorización previa (aprobación previa) del UCLA Health Medicare Advantage Plan o del grupo médico de su PCP. En este caso, usted pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
 - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor de este servicio no está

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

disponible temporalmente o no se puede acceder a dicho proveedor. El costo compartido que usted paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que pagaría dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios, dentro de nuestra área de servicio, de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Acuda a proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

¿Qué es un PCP y qué hace el PCP por usted?

Su PCP es un proveedor que cumple los requisitos estatales y está capacitado para prestarle atención médica básica. Usted recibirá su atención rutinaria o básica de su proveedor de atención primaria. La atención médica básica abarca la prevención, el bienestar y el tratamiento de enfermedades comunes. Su proveedor de atención primaria también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro Plan. Por ejemplo, para consultar con especialista, normalmente tendrá que obtener primero la aprobación de su proveedor de atención primaria (esto se llama obtener una “referencia” a un especialista). Esto incluye organizar o coordinar los siguientes servicios:

- Radiografías e imágenes de diagnóstico
- Análisis de laboratorio.
- Terapias
- Atención recibida de especialistas
- Asistencia para admisiones de hospital, y
- Atención de seguimiento

La “Coordinación” de sus servicios incluye la verificación o consulta con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo se está desarrollando. Si necesita determinados tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener previamente la aprobación por escrito de su médico de atención primaria (por ejemplo, que le dé una referencia para acudir a un especialista). En algunos casos, su proveedor de atención primaria necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de su grupo médico o del UCLA Health Medicare Advantage Plan. Dado que su proveedor de atención primaria le proporcionará y coordinará

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

su atención médica, deberá enviar todos sus expedientes médicos anteriores al consultorio de su proveedor de atención primaria.

Hay varios tipos de proveedores que pueden actuar como su proveedor de atención primaria. Entre estos se incluyen: Medicina de familia, medicina general y medicina interna.

¿Cómo seleccionar un PCP?

Para ver una lista de los PCP disponibles, consulte nuestro Directorio de proveedores o visite nuestro sitio web en UCLAHealthMedicareAdvantage.org/providers. Una vez que haya revisado la lista de proveedores disponibles y seleccionado un PCP, llame al Servicio para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Tenga en cuenta lo siguiente: Si no selecciona un PCP en un plazo de 30 días después de su inscripción, el UCLA Health Medicare Advantage Plan le asignará un PCP.

La relación con su PCP es importante. Por eso le recomendamos encarecidamente que elija un PCP cercano a su domicilio. Tener a su PCP cerca hace que recibir atención médica y desarrollar una relación abierta y de confianza sea mucho más fácil. Es importante que programe su cita inicial de evaluación de salud con su nuevo PCP en los 90 días siguientes a su inscripción en el plan. Esto proporciona a su PCP una base de información para brindarle tratamiento.

Cada PCP del plan tiene determinados especialistas del plan a quienes recurre para las remisiones. Esto significa que el PCP que elija puede determinar los especialistas que usted puede consultar.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que su PCP deje de pertenecer a la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a otro PCP. Si desea cambiar de PCP dentro de su grupo médico contratado o Asociación de Práctica Independiente (Independent Practice Association, IPA), este cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente. Si desea cambiar de PCP por otro que esté afiliado a un grupo médico o IPA diferente, deberá presentar su solicitud antes de que finalice el mes. El cambio entrará en vigor a partir del primer día del mes siguiente. Si solicita un cambio de PCP después del primer día del mes para una fecha de entrada en vigor retroactiva, la solicitud debe recibirse antes del día 5 del mes en curso. Para los cambios retroactivos de PCP, los servicios con el proveedor asignado anteriormente no deben haberse recibido durante el mes en curso. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Al cambiar de PCP que está afiliado a un grupo médico diferente, es posible que se vea limitado a determinados especialistas u hospitales a los que le remita el PCP (por ejemplo, subredes, círculos de referencia).

Cuando llame, no olvide indicar a Servicios para los miembros si está consultando a especialistas u obteniendo otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica a domicilio y equipos médicos duraderos). Servicios para los miembros le confirmará si el proveedor especializado forma parte del grupo médico o de la Asociación de Práctica Independiente (IPA) que ha seleccionado y le ayudará a asegurarse de que puede continuar recibiendo la atención especializada y otros servicios que haya estado obteniendo, cuando cambie de PCP, si ellos no forman parte de la red de proveedores. También comprobarán que el PCP al que desea cambiarse está aceptando nuevos pacientes.

Servicios para los miembros le comunicará cuándo entrará en vigor el cambio a su nuevo PCP. También le enviarán una nueva tarjeta de membresía en la que figurará el nombre y el número de teléfono de su nuevo PCP.

A veces, un proveedor de la red que usted está utilizando puede dejar el plan. El plan se lo notificará si esto ocurre. Tendrá que cambiarse a otro proveedor que forme parte de nuestro plan. Puede llamar a Servicios para los miembros para que le ayuden a encontrar y seleccionar otro proveedor o seleccionaremos otro PCP dentro de su grupo médico contratado o Asociación de Práctica Independiente (IPA) por usted. Siempre tiene la opción de llamarnos para cambiar de PCP si no está satisfecho con el que hayamos seleccionado para usted.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin la referencia de un PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios necesarios urgentemente y cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dada la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedias: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- Es muy importante obtener una referencia por escrito (aprobación previa) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, indicadas en el apartado 2.2 anterior). Si no tiene una referencia por escrito (aprobación previa) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.
- Para la mayoría de los tipos de referencias, es posible que su PCP deba obtener la aprobación previa de su grupo médico contratado/IPA (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Una autorización previa es una aprobación por adelantado para recibir servicios. Algunos servicios médicos de la red solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de su Grupo Médico/IPA. En la tabla de beneficios del Capítulo 4, Sección 2.1, los servicios cubiertos que necesitan autorización previa aparecen marcados con una nota a pie de página.
- Si el especialista quiere que usted vuelva para recibir más atención, compruebe primero que la referencia (aprobación por adelantado) que obtuvo de su proveedor de atención primaria para la primera visita cubre más visitas al especialista.
- Si hay especialistas u hospitales específicos a los que desea acudir, averigüe si su proveedor de atención primaria envía pacientes a estos especialistas u hospitales. Cada PCP tiene determinados especialistas del plan a los que recurre para las

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

remisiones. Cada PCP tiene privilegios de admisión en determinados hospitales. Esto significa que el proveedor de atención primaria que usted elija puede determinar los especialistas que puede consultar y los hospitales que puede utilizar.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

Podemos realizar cambios en los hospitales y proveedores (PCP y especialistas) de la red de nuestro plan durante el año. Si su proveedor se retira de nuestro plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare estipula que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos cuando su proveedor se retire de nuestro plan para que tenga tiempo de elegir a otro proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de pertenecer a nuestro plan, se los notificaremos si usted ha acudido a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si usted está asignado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar con su atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que le siga proporcionando el tratamiento o las terapias médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención médica.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción y opciones a su disposición y las opciones que tenga para cambiar de planes.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores a un costo equivalente al compartido dentro de la red. Puede ser necesaria una autorización previa.
- Si se entera de que su proveedor se retirará de nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar otro proveedor que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención médica no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

médica a la Organización para la mejora de la calidad (QIO, en inglés), un reclamo de calidad de la atención médica al plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

El UCLA Health Medicare Advantage Plan no cubre los servicios prestados fuera de la red, a excepción de los siguientes:

- Los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Esto incluye la cobertura en todo el mundo si está cubierta por su plan.
- Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro, y los proveedores en nuestra red no pueden prestar dicha atención, usted podrá obtenerla de un proveedor fuera de la red. Para este tipo de remisiones debe obtener una autorización antes de recibir la atención médica. Su proveedor de atención primaria puede ayudarle a obtener la autorización. En este caso, cubriremos estos servicios como si los hubiera recibido de un proveedor de la red. Si no obtiene una aprobación anticipada (autorización previa) antes de recibir los servicios de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagarlos de su bolsillo.
- Servicios de diálisis renal cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, o cuando cuente con una aprobación anticipada.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Para obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar la pérdida de su vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario obtener aprobación para una referencia primero de su PCP. No es necesario acudir a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan ha recibido aviso de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Servicios cubiertos en una emergencia médica

El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento su condición ya es estable y cuándo finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención O debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico haya determinado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional, o
- La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y sigue las normas que se indican a continuación para obtener dicha atención urgente.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no estuviese disponible temporalmente.

Puede acceder a los servicios de urgencia de tres (3) maneras:

- Una visita en persona a un centro de atención urgente
 - Aunque puede ir a cualquier centro de atención urgente, debería ir al centro de atención urgente con el que trabaje su médico, cuando se encuentre en el área de servicio de su plan. Pida a su médico una lista de los centros de urgencias con los que trabaja antes de que necesite ir a uno.
- Una visita virtual si la ofrece su grupo médico (pagará el copago de la visita al consultorio por una visita virtual). Pregunte a su médico si se ofrecen visitas virtuales y cómo acceder a ellas antes de que las necesite.
- Una visita virtual de Telemedicina de atención urgente con un copago de \$0. Consulte la Línea de consulta de enfermería en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención urgente en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las siguientes circunstancias: servicios de emergencia, incluida la atención de emergencia o de urgencia y el transporte de emergencia en ambulancia desde el lugar de la emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país **no** está cubierto. **No** están cubiertos los tratamientos programados y planificados con antelación (incluida la diálisis crónica) para cualquier afección conocida en curso o procedimientos electivos. Los cuidados de seguimiento, incluidos los cuidados postoperatorios, la rehabilitación, las visitas al médico y las estancias en centros de enfermería especializada, **no** se consideran cuidados de emergencia ni de urgencia y por lo tanto **no** están cubiertos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención médica durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de nuestro plan.

Visite www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org para obtener información sobre cómo obtener la atención médica necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red con un costo equivalente al costo compartido de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, es posible que pueda obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más que nuestro costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos, o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer al respecto.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted deberá pagar el costo total

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios obtenidos fuera de la red sin la debida autorización, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez alcanzado el límite del beneficio médico cubierto, los gastos médicos adicionales incurridos no se tendrán en cuenta para el límite máximo de gastos de su bolsillo. Puede llamar a Servicios para el miembro si desea saber qué porcentaje del límite de beneficios ya ha utilizado.

SECCIÓN 5 Servicios médicos durante un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Al participar en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que obtenga usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, usted solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise ni que tenga que obtener la aprobación de nosotros ni de su proveedor de atención primaria. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos avise con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos que califican para Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

Sección 5.2 ¿Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica?

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre los que se incluyen:

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que obtenga como parte del estudio igual que si hubiese obtenido estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico: supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos compartidos para este análisis es de \$20 según Original Medicare, pero el análisis sería de \$10 según los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y usted pagaría los \$20 de copago requeridos por Original Medicare. Usted notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviará la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente \$10. Esto hace que el pago neto por la prueba sea de \$10, la misma cantidad que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

Cuando participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiere una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación y son gratuitos para cualquier participante en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies*, disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, le brindaremos cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

SECCIÓN 6.2 Cómo obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que usted obtiene y que *no* son voluntarios, o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan cubre solamente los aspectos *no religiosos* de la atención.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- Si obtiene servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro médico, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección que le permitiría obtener los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su estadía no estará cubierta.

Está cubierto durante un número ilimitado de días en el hospital, siempre que su estancia cumpla las directrices de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en el apartado *Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados* de la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan.

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre es propietario de algunos artículos médicos duraderos, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, usted no obtendrá la propiedad de los artículos médicos duraderos, independientemente del número de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá el derecho de propiedad, aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo médico duradero (DME) en el marco del Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no obtuvo el derecho de propiedad del artículo de DME mientras participó en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de adquirir el derecho de propiedad sobre el artículo. Los pagos que haya realizado mientras estuvo inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo el derecho de propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Los pagos que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan o ya no necesita el equipo de oxígeno por razones médicas, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que abone copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:

Tabla de beneficios médicos

(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Explicación de los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones de ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Entre los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos se incluyen:

- **Copago:** es el monto fijo que paga cada vez que obtiene algún servicio. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no necesita pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si está inscrito en uno de estos programas, asegúrese de mostrar a su proveedor su comprobante de ser elegible para Medicaid o QMB.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes Medicare Advantage aplican límites al monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo” (maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026 este monto es de \$2,499.**

Los montos que usted paga por los copagos y coseguros para recibir los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de pago de su bolsillo. Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo de pago de su bolsillo. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. *Si alcanza el monto máximo de pago de su bolsillo de \$2,499, no tendrá que pagar costos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).*

Sección 1.3 Los proveedores no pueden cobrarle la diferencia de saldo.

Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales separados, conocidos como **facturación del saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
- Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una referencia o en el caso de servicios de urgencia necesarios o de emergencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y los costos

En las páginas a continuación, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se explica en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple lo siguiente:

- Los servicios para usted que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los recién inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor de fuera de la red.
- Usted obtiene su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

cubierta, a menos que sea atención de urgencia o emergencia o si su plan o un proveedor de la red le ha dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que usted obtenga.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le brinda y supervisa su atención médica. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria debe darle su aprobación por adelantado (una referencia) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa aparecen marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [Medicare y Usted 2026]. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o se le monitorea por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Comparaciones de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
 Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares adicionales de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos de calce profundo y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	No se requiere coseguro, copago ni deducible. A excepción de los monitores continuos de glucosa y sus consumibles, estos productos tienen un coseguro del 20 %.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i> . La consulta incluye un chequeo de su salud, además de educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y referencias a otro tipo de atención si fuera necesario. Importante: Cubrimos la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que desea programar su consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .
 Examen físico anual Un examen físico anual es una consulta de atención preventiva realizada por un proveedor de atención primaria. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. Esta visita incluye una revisión exhaustiva de su historial médico y familiar, un examen físico, referencias y recomendaciones que puedan ser apropiadas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un examen físico anual. Si recibe servicios adicionales, es posible que se aplique un costo compartido por dichos servicios.
 Exámenes de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos un examen de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del virus de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
calificado lo solicita y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, le pagaremos un examen de detección una vez. Si usted tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilegales desde su último examen de detección de hepatitis C con resultado negativo), cubrimos los exámenes de detección anuales.	hepatitis C cubiertas por Medicare.
 Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas adicionales contra la gripe si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte el Capítulo 6, de la Sección 8 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID19.
 Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si es elegible, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluyendo evaluación del riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
 Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Una sola ecografía de detección para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una referencia de parte de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	para esta prueba de detección preventiva.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: - La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. - La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presentan un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede pagar una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. - Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o una colonoscopia de detección planificadas que implican la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de ella y en la misma consulta clínica. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses  Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y obtener una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT:</i> los miembros deben obtener una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de depresión.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas las pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
 Prueba de detección de obesidad y terapia para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	
 Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si usted está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluso mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes del alcohol. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están atentos durante la terapia. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos dos intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de cuatro sesiones intermedias o intensivas, con un máximo de ocho sesiones al año por paciente).	consumir tabaco cubiertos por Medicare.
 Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una referencia del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede obtener más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento es necesario en el siguiente año calendario.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para recibir los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de la vista y tratamientos médicamente necesarios.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Cuidados de la vista después de la cirugía de cataratas • Un examen de la vista con dilatación de pupilas según sea necesario • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. • (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). • Los beneficios de cuidado de la vista después de la cirugía de cataratas se ofrecen a través de EyeMed. Para acceder a estos beneficios debe acudir a un proveedor de EyeMed. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia. Beneficio de cuidado de la vista (de rutina/no cubierto por Medicare)* • Un examen de rutina de la vista al año • Asignación para anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto • Todos los servicios de rutina para el cuidado de la vista se ofrecen a través de EyeMed. Para acceder a todos los beneficios de cuidado de la vista debe acudir a un proveedor de EyeMed.	Examen de la vista después de la cirugía de cataratas: No se requiere coseguro, copago ni deducible. Ajuste de lentes de contacto y visita de seguimiento después de la cirugía de cataratas: Copago de \$40 por el ajuste de lentes de contacto estándar y visita de seguimiento. Anteojos después de la cirugía de cataratas: Asignación de \$150 por ojo para anteojos (cristales y armazones) o lentes de contacto • 20 % de descuento sobre el saldo del precio de los anteojos • 15 % de descuento sobre el saldo del precio de los lentes de contacto convencionales No se requiere coseguro,

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
- No se pagarán beneficios por servicios o materiales relacionados con, o derivados de: - Tratamiento médico o quirúrgico, servicios o suministros para el tratamiento del ojo, los ojos o las estructuras de soporte - Refracción, cuando no se proporciona como parte de un examen de la vista completo - Servicios prestados como resultado de cualquier ley de Compensación a los Trabajadores, o legislación similar, o requeridos por cualquier agencia o programa gubernamental ya sea federal, estatal o subdivisiones de los mismos - Entrenamiento ortóptico o visual, ayudas para la vista subnormal y cualquier prueba complementaria asociada; lentes aniseicónicos - Cualquier examen de la vista o cualquier material correctivo de la vista exigido para un asegurado como condición de empleo - Gafas de seguridad - Soluciones, productos de limpieza o estuches para armazones - Gafas de sol sin graduación - Lentes planos (sin graduación) - Lentes de contacto planos (sin graduación) - Dos pares de anteojos en lugar de bifocales - Los servicios prestados después de la fecha en que una persona asegurada deje de estar cubierta por la póliza, excepto cuando se entreguen los materiales para el cuidado de la vista pedidos antes de que finalizara la cobertura y los servicios prestados a la persona asegurada se realicen en un plazo de 31 días a partir de la fecha de dicho pedido. - Pérdida o rotura de lentes, armazones, gafas o lentes de contacto que se sustituyan antes de la siguiente	copago ni deducible para un examen de rutina de la vista al año. Imágenes de la retina: Copago de \$39 para imágenes de la retina Ajuste y seguimiento de lentes de contacto Copago de \$40 para el ajuste de lentes de contacto estándar y una visita de seguimiento. Anteojos: Asignación de \$150 al año para anteojos (lentes y armazones) o lentes de contacto. 20 % de descuento en cualquier saldo restante del costo de los anteojos 15 % de descuento sobre el saldo del precio de los lentes de contacto convencionales

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
frecuencia del beneficio en la que los materiales oftalmológicos vuelvan a estar disponibles. Póngase en contacto con EyeMed para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
 Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda Los servicios de acupuntura cubiertos para el dolor lumbar incluyen: Se ofrece cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más; • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • No está relacionado con una cirugía; y • No está relacionado con un embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas cubiertas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. Requisitos del proveedor: Los médicos (como se define en la sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley)) pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (Physician assistants, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identificó en la sección 1861(aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones en las secciones §§ 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para cada consulta de acupuntura de rutina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Beneficio de acupuntura (de rutina/no cubiertos por Medicare)* • 12 visitas al año para servicios de rutina de acupuntura a través de la red WholeHealth Living • Debe acudir a un proveedor de WholeHealth Living Acupuncture para acceder a este beneficio. • Los servicios cubiertos incluyen evaluaciones/exámenes y tratamiento de acupuntura con y sin estimulación eléctrica • Consulte a su proveedor de Acupuntura sobre los servicios limitados y excluidos. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Agencia de atención médica a domicilio Antes de obtener los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Asignación Flex* Smart Benefits Card &more Una asignación de gastos flexible que puede utilizarse para pagar los servicios odontológicos, oftalmológicos y auditivos que se ofrecen a través de Smart Benefits Card &more. • Puede utilizar su asignación Flex para bienes y servicios odontológicos, oftalmológicos y de audición con la mayoría de los proveedores odontológicos, oftalmológicos y de audición. • Para verificar si los servicios están cubiertos, llame al número que aparece en el reverso de su tarjeta Smart Benefits Card. • Los beneficios están disponibles el primer día del año y caducan el último día del año en su tarjeta Smart Benefits Card &more. Se aplican limitaciones y exclusiones. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	Beneficio máximo cubierto por el plan de \$500 cada año. Los beneficios no utilizados no se transfieren.
Asignación para medicamentos de venta libre (OTC)* Smart Benefits Card &more Tiene derecho a recibir una asignación cada trimestre (3 meses) para comprar medicamentos de venta libre (OTC) cubiertos, como analgésicos, remedios para el resfriado y vitaminas en la tienda, en los puntos de venta de la red, en línea a través del sitio web Smart Benefits Card&more, o por teléfono.	Asignación de \$60 una vez cada 3 meses. Cualquier asignación no utilizada no se transfiere para reinversión.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Las asignaciones están disponibles el primer día del trimestre y caducan el último día de cada trimestre en su Smart Benefits Card&more. No todos los medicamentos de venta libre pueden solicitarse por teléfono. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que obtenga fuera de la red son iguales a los aplicables cuando obtiene estos servicios dentro de la red.	Su costo compartido de la atención de emergencia es de \$150 de copago por visita al departamento de emergencias. Este copago no se aplica si ingresa directamente en el hospital como paciente hospitalizado en un plazo de 36 horas (sí se aplica si ingresa en el hospital como paciente ambulatorio; por ejemplo, si ingresa para observación). Su costo compartido del transporte de emergencia es un copago de \$200 por cada trayecto de transporte de emergencia en todo el mundo. Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	recibir atención para pacientes hospitalizados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, O debe recibir la atención para pacientes ingresados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, consejera profesional autorizada (Licensed Professional Counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido de la atención ambulatoria de salud mental cubierta por Medicare es un copago de \$15.
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio (servicios paliativos) cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
expectativa de vida menor de 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede obtener atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando se le admite en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa del hospicio, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa).	Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener los servicios, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente a Original Medicare. Para los servicios que están cubiertos por el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. Nota: Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.	Su costo comentado es un copago de \$200 por cada hospitalización cubierta por Medicare (sin límite de días). No pagará el copago

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
No hay límite para el número de días de hospitalización médicamente necesarios ni para los servicios que suelen prestar los hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para pacientes hospitalizados por consumo de sustancias • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y concentrado de hematíes comienza solo a partir de la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar el costo de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o que la sangre sea donada por usted u otra persona. • Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta.	mencionado anteriormente por el día en que le den el alta, a menos que sea ingresado y dado de alta el mismo día. Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su estado de emergencia, su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos. Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Beneficio hospitalario de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Beneficio de transporte de rutina* Reciba hasta 12 trayectos de viaje para ir y venir a lugares relacionados con la atención médica y aprobados por el plan, incluidas las farmacias. - Limitado únicamente al transporte terrestre. - Cada trayecto del viaje no puede ser mayor de 50 millas. - Este beneficio no puede utilizarse para viajes relacionados con emergencias. Los conductores no tienen formación médica. En caso de emergencia, llame al 911. - Se aplican limitaciones y exclusiones El beneficio se ofrece a través del proveedor Uber Health. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible.
Beneficios de fitness* Usted es elegible para el beneficio de fitness (acondicionamiento físico) en línea que incluye:	No se requiere coseguro, copago ni deducible.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Programa de ejercicios personalizado y clases diarias transmitidas en directo y disponibles en computadoras, dispositivos móviles o tabletas. • Cientos de clases de fitness en directo y a pedido que incluyen yoga, tai chi, fuerza, equilibrio y mucho más • Orientación experta de entrenadores. • Una comunidad compasiva de miles de miembros de Bold en todo el país • Recursos educativos sobre temas relacionados con el ejercicio y el envejecimiento en buena salud • Autoevaluación para identificar el riesgo de caídas El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, RxDiet. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios	Su costo compartido para la cirugía ambulatoria en un quirófano del hospital o en otros entornos hospitalarios es de un copago de \$100. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios provistos en centros de cirugía ambulatoria.
Comidas después de recibir el alta* Puede ser elegible para recibir hasta 28 comidas a domicilio hasta 30 días después de recibir el alta de un hospital o de una instalación de enfermería especializada calificados, entre ellos las cirugías para pacientes hospitalizados. Se aplican	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
restricciones, limitaciones y exclusiones, incluidos los gastos de envío y otros requisitos. Las comidas se ofrecen a través del proveedor del plan, RxDiet. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se incluye cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas. Para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido para los dispositivos protésicos y ortóticos y los suministros relacionados, cubiertos por Medicare, es un coseguro del 20 %. Su costo compartido de los dispositivos y suministros de ostomía cubiertos por Medicare es un coseguro del 0 %.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos	Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20 %. Su costo compartido de los scooters eléctricos cubiertos por Medicare es un coseguro del 50 %, y el

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestra página web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org. Generalmente, el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes enumerados en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informe que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted es un nuevo miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca para usted durante un máximo de 90 días. En este plazo, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de dicho período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo refiera para tener una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información). Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	de todos los demás equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare es un coseguro del 20 %.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta	Su costo compartido es un copago de \$200 por cada hospitalización.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Si ya ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que obtiene mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiación, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Si termina la cobertura de su hospitalización o estaba en un SNF, seguiremos cubriendo los servicios de la Parte B de Medicare al costo compartido aplicable que se indica en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos cuando lo proporcionen los proveedores de red.
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio	El costo compartido de la insulina está sujeta a un coseguro máximo de \$0 por el suministro de insulina para un mes, no se aplica la categoría de servicio ni los deducibles a nivel de plan. Su costo compartido de los medicamentos de

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre del genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué tomografías y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare, Parte D, cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Los medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse el medicamento por sí mismo. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un	quimioterapia y radioterapia tiene un coseguro del 0 al 20 %, según el medicamento: el costo compartido de los demás medicamentos de la Parte B es del 0 al 20 %, según el medicamento.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato incluidos en el sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece una enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetina alfa, Aranesp®, Darbepoetina alfa, Mircera® o Metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) Este enlace le llevará a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
También cubrimos algunas vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de cobertura de medicamentos recetados de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que debe seguir a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare <i>Medicare Hospital Benefits</i> (Beneficio hospitalario de Medicare). Esta hoja informativa está disponible en	Cuando ingresa directamente en el hospital para observación como paciente ambulatorio, no paga coseguro, copago ni deducible por cada hospitalización cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Planificación personalizada de comidas* Elaboración de recetas y planificación de comidas en línea para el bienestar general y compatibles con más de 21 enfermedades crónicas. Las ventajas incluyen la posibilidad de generar listas de la compra, adquirir ingredientes y recibirlos en la puerta de su casa. El beneficio se ofrece a través del proveedor RxDiet. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: se incluye almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada.	Su costo compartido de los servicios radiológicos terapéuticos como paciente ambulatorio y de los suministros médicos es un coseguro del 20 % para los servicios cubiertos por Medicare. Su costo compartido de la resonancia magnética (RM) es un copago de \$10 para los servicios cubiertos por Medicare. Su costo compartido de los procedimientos de tomografía computarizada (TC) es un copago de \$10 para los

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas diagnósticas que no se realizan en laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas diagnósticas como paciente ambulatorio Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	servicios cubiertos por Medicare. Su costo compartido de la tomografía por emisión de positrones (PET) es un copago de \$50 por los servicios cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para otras pruebas diagnósticas, procedimientos, laboratorios y radiografías para los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido es de \$200 de copago por cada viaje terrestre, por cada trayecto, cubierto por Medicare. Su costo compartido es del 20 % de coseguro por cada viaje en avión, por cada trayecto, cubierto por Medicare. Su costo compartido es de \$200 de copago por cada transporte de emergencia mundial por cada trayecto. Usted es responsable de todos los costos restantes hasta que alcance el

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	máximo de gastos de su propio bolsillo. Todos los viajes cubiertos por Medicare (dentro o fuera de la red) se aplicarán al máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red.
Servicios de atención domiciliaria* Tiene derecho a recibir 8 horas al mes de cuidados personales a domicilio a través de un cuidador profesional de CareLinx. Los cuidadores profesionales realizan tareas como acompañamiento, preparación de comidas, baños, recordatorios de medicación, transporte en la comunidad y mucho más. Las horas no utilizadas no se transfieren. Las horas del cuidador deben programarse en incrementos mínimos de 2 horas. Se aplican algunas restricciones y limitaciones. El beneficio se ofrece a través del proveedor del plan, CareLinx *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.
Servicios de audición Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor sanitario para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia. Beneficio de audición (de rutina/no cubiertos por Medicare)*	No se requiere coseguro, copago ni deducible. No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de año diagnóstico.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Examen de audición de rutina: Un examen de audición de rutina al año a través de un proveedor de la red TruHearing. Aparatos auditivos: Hasta dos (2) aparatos auditivos del Catálogo TruHearing cada año (límite de un aparato auditivo por oído). • Debe acudir a un proveedor de TruHearing para acceder a este beneficio. La compra del audífono incluye: ○ Visitas del proveedor durante un año para pruebas y ajustes ○ Con un período de prueba de 60 días ○ Garantía ampliada de 3 años ○ 80 pilas por aparato auditivo para los modelos no recargables • El beneficio no incluye ni cubre ninguna de los siguientes beneficios: ○ Aparatos auditivos de venta libre (OTC) ○ Moldes de oreja ○ Accesorios de aparatos auditivos ○ Visitas adicionales de proveedores ○ Pilas adicionales; pilas cuando se adquiere un aparato auditivo recargable ○ Aparatos auditivos que no figuran en el catálogo correspondiente ○ Costos asociados a las reclamaciones de garantía por pérdidas y daños Los costos asociados a los artículos excluidos son responsabilidad del miembro y no están cubiertos por el plan. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	Copago de \$295 por aparato auditivo para Ayudas Básicas* Copago de \$695 por aparato auditivo para Ayudas Estándar* Copago de \$1,095 por aparato auditivo para Ayudas Avanzadas* Copago de \$1,495 por aparato auditivo para Ayudas Premium*
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. La estadía debe ser una estadía en el hospital cubierta por Medicare. Un límite de 190 días de vida útil para los servicios de hospitalización en un hospital	Su costo compartido es un copago de \$200. No pagará el copago mencionado anteriormente por el día

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	en que le den el alta, a menos que sea ingresado y dado de alta el mismo día.
Servicios de hospitalización parcial y servicios Intensivos para pacientes externos La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención que obtenga en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización. El <i>servicio intensivo para pacientes externos</i> es un programa estructurado de tratamiento de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensivo que la atención que obtiene en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o del consejero profesional con licencia, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido por los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare es un copago de \$50. Su costo compartido por los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare es un copago de \$50.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que padecen dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de tres meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará en función de los servicios individuales prestados durante el tratamiento.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un servicio de tratamiento y manejo del dolor crónico cubiertos por Medicare.
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que obtiene en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP, si su médico los solicita para verificar si usted necesita tratamiento médico • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si se cumple lo siguiente: ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras obtiene estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior en ciertas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si: ○ No es un paciente nuevo y ○ El control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ El control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si: ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión <i>de otro proveedor de la red</i> antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico).	
Servicios de podiatría	No se requiere coseguro, copago ni deducible

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	para los servicios de podiatría cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • La manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia. Servicios de quiropráctico (de rutina/no cubiertos por Medicare)* • 12 visitas al año para servicios de rutina de quiropráctico a través de la red WholeHealth Living • Debe acudir a un quiropráctico para acceder a este beneficio. • Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: ○ Evaluaciones/exámenes ○ Manipulación extraespinal ○ Procedimientos de radiografías ○ Procedimientos terapéuticos que incluyen ejercicios y actividades terapéuticas, tracción, reeducación neuromuscular y terapias manuales ○ Masaje realizado por un quiropráctico ○ Consulte a su quiropráctico sobre los servicios limitados y excluidos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para cada consulta de quiropráctico de rutina.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
*El beneficio quiropráctico de rutina no se aplica al monto máximo que paga de su bolsillo.	
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una referencia del médico. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Su costo compartido es de \$15 de copago por cada servicio cubierto por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	No se requiere coseguro, copago ni deducible.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave, y tienen una referencia del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Su costo compartido por los servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare es un copago de \$15.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia. Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT). • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento por el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido de los servicios de tratamiento con opioides tiene un copago de \$15 para los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled nursing facility, SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Cubrimos hasta 100 días por período de prestación de servicios de hospitalización especializada en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare (no es necesaria una hospitalización previa). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Su costo compartido por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare por período de beneficios: Días 1 al 20: Copago de \$0 Días 21 al 100: Copago de \$100 por día

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración La cobertura de sangre completa y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)	

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: - Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos - Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital - Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención - Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital - Suministros médicos como entablillados y yesos - Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	Su costo compartido de atención de emergencia es un copago de \$150 por cada visita al departamento de emergencias cubierta por Medicare. Su costo compartido es un copago de \$100 por cada intervención quirúrgica ambulatoria cubierta por Medicare. Su costo compartido de hospitalización parcial es un copago de \$50 por cada estadía cubierta por Medicare. Su costo compartido de los suministros médicos cubiertos por Medicare es un coseguro del 20 %.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios odontológicos en un número limitado de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la persona. Entre los ejemplos se incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: Servicios dentales preventivos. Los servicios odontológicos preventivos e integrales están cubiertos en su beneficio odontológico de rutina a través de Delta Dental. Debe consultar a su dentista DeltaCare USA, excepto en caso de emergencias cubiertas (que están limitadas a \$100 por emergencia, menos el costo compartido) o para atención especializada aprobada previamente por Delta Dental. Se aplican limitaciones y exclusiones. Consulte la Evidencia de Cobertura de Delta Dental para obtener una lista completa de los servicios cubiertos y las limitaciones del plan. *Los Servicios odontológicos de rutina no cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo. Puede necesitar una referencia o una autorización previa para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Para los servicios odontológicos cubiertos por Medicare, consulte la sección Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico, de la Tabla de beneficios médicos. No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios odontológicos de rutina de diagnóstico ni preventivos. Consulte la <i>Evidencia de Cobertura</i> de Delta Dental para obtener una lista completa de procedimientos dentales cubiertos, el costo de cada procedimiento, y aquellos servicios que están excluidos. Copago de \$19-\$32 para limpiezas a fondo Copago de \$14-\$43 para obturaciones o rellenos Copago de \$97-\$154 para

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
	tratamiento de conductos radiculares Copago de \$325-\$388 para coronas Copago de \$19-\$91 para extracciones Copago de \$454 para dentaduras completas
Servicios para tratar la insuficiencia renal Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la insuficiencia renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con insuficiencia renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis (6) sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial) • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. Su costo compartido por los servicios de diálisis cubiertos por Medicare es un coseguro del 20 %.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, visite Medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	
Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes externos Tiene cobertura para los servicios de tratamiento de la dependencia de sustancias químicas en régimen ambulatorio (terapia de grupo o individual). Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	Su costo compartido de cada uno de los servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias cubiertos por Medicare es un copago de \$15.
Servicios urgentes necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, pero no es razonable, dado el tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener la atención urgente de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre grave).	Su costo compartido por los servicios de urgencia dentro de nuestra área de servicio es un copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare. Su costo compartido por los servicios de urgencia en cualquier parte del mundo es un copago de \$50 por cada consulta cubierta. Los copagos por servicios de urgencia se aplican incluso si lo ingresan en el hospital. Se proporciona cobertura en todo el mundo hasta \$50,000 para todos los servicios en todo el mundo combinados.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Fuera de nuestra área de servicio: Tiene cobertura mundial de asistencia urgente cuando viaja si necesita atención médica inmediata por una enfermedad o lesión imprevista y cree razonablemente que su salud se deterioraría gravemente si retrasara el tratamiento hasta regresar a nuestra área de servicio. El transporte de vuelta a Estados Unidos desde otro país no está cubierto.	
Telemedicina*. Usted tiene acceso las 24 horas del día los siete días de la semana a consultas médicas virtuales no urgentes con un proveedor de Teladoc. Los servicios están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por teléfono o videollamada. Los servicios se ofrecen a través del proveedor del plan, Teladoc Health. *Este beneficio no se aplica al monto máximo de pago de su bolsillo.	No hay coseguros, copagos ni deducibles
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y una referencia para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los	Su costo compartido es un copago de \$15 por cada visita cubierta por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. Puede necesitar una referencia o una autorización previa. Consulte con su médico de atención primaria los requisitos de autorización previa o referencia.	
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención. • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles.

Descargo de responsabilidad: Las marcas comerciales, nombres de productos y/o marcas registradas Uber and Uber Health, RxDiet, Bold, Delta Dental, CareLinx, EyeMed, TruHearing, WholeHealth Living, y Teladoc, pertenecen a sus respectivos propietarios. La tarjeta &more

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Benefits Prepaid Mastercard® la emite Avidia Bank, en virtud de una licencia otorgada por Mastercard Incorporated. El uso de esta tarjeta está sujeta a los términos y condiciones del Acuerdo del titular de la tarjeta.

Sección 2.2 Obtenga atención con los beneficios opcionales para visitantes/viajeros de nuestro plan

Si se encuentra en el área de visitante/viajero, puede seguir inscrito en nuestro plan durante un plazo de hasta 12 meses. Si después de 12 meses no ha regresado al área de servicio de nuestro plan, se cancelará su inscripción en nuestro plan.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertas por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si obtiene los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, tras una apelación, como servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por atención provista por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar.	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Servicios naturopáticos (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Atención odontológica que no sea de rutina	Se puede cubrir la atención odontológica requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital.	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	Tal y como se describe específicamente en la Tabla de beneficios médicos en Beneficios cubiertos.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5:

Uso de la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de nuestro plan de los medicamentos de la Parte D

Vaya a la tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos en un hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe solicitarle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a emitir recetas) que le emita una receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, vaya al Capítulo 3).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que aceptemos brindarle cobertura. (Vaya a la Sección 4 en este capítulo para obtener más información)

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos recetados que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4).

Una farmacia de la red es aquella que ha suscrito un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya al *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy, o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, solicite ayuda a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o utilice el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos a residentes de un centro de cuidados de larga plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados paliativos (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

de la Parte D en un centro de cuidados de largo plazo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- Farmacias que prestan servicio al Servicio de Salud Indígena / Tribal / Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de urgencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para su distribución en ciertas zonas o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para localizar una farmacia especializada, vaya al *Directorio de farmacias*, en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy, o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, usted puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o de largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro **para hasta 100 días**.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo con el programa Direct Mail® de MedImpact administrado por Birdi™, consulte las opciones siguientes:

Opción 1: Su médico le envía a Birdi™ su receta médica

Su médico envía su receta médica a Birdi™ electrónicamente o por fax al 1-888-783-1773.

Birdi™ solo puede aceptar dichas recetas de su médico. Birdi™ surtirá y enviará automáticamente la mayoría de las nuevas recetas enviadas por su médico, excepto las de sustancias controladas.

Opción Núm. 2: Inicie sesión en el sitio web de MedImpact

Visite el sitio web de MedImpact en www.medimpact.com para solicitar una nueva receta o para la transferencia de una farmacia minorista. Elija “Transfer/Request Prescriptions” (Transferir/Solicitar recetas) en la parte superior de la página “My Prescriptions ->→ Prescription List” (Mis recetas -> Lista de recetas) y siga las instrucciones.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Opción Núm. 3: Envíe por correo su receta a Birdi™

Acceda a www.medimpact.com y seleccione Documents -> Medication Order Form (Documentos -> Formulario de pedido de medicamento). Imprima y envíe el formulario con sus recetas a:

Birdi™

PO Box 8004

Novi, MI 48376-8004

Opción Núm. 4: Call Birdi™

Llame al 1-855-873-8739. Servicios para miembros está abierto de lunes a viernes de 5:00 a. m. a 5:00 p. m. Abrimos los sábados de 6:00 a. m. a 2:00 p. m., y cerramos los domingos.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 10 días como máximo. Póngase en contacto con Servicios para miembros de MedImpact llamando al 1-855-873-8739 si su pedido de farmacia por correo se retrasa y necesita ayuda

Nuevas recetas que la farmacia obtiene directamente del consultorio de su médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que obtenga de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al 1-855-873-8739.

Si recibe un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento recetado nuevo, comuníquese con nosotros por teléfono al 1-855-873-8739.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

inmediatamente. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles si la nueva receta se debe surtir, posponer o cancelar.

Para cancelar su inscripción en los envíos automáticos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio del proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros llamando al 1-855-873-8739.

Resurtidos de recetas médicas de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que está por quedarse sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que sí necesita más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no hacer uso de nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su medicamento recetado, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que se le acabe su medicamento recetado. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para darse de baja de nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos por correo, contáctenos en el 1-855-873-8739.

Si recibe un resurtido automáticamente por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.3 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo

Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro de largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro de largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Vaya al Capítulo 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Sección 2.4 ¿Se puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan?

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con Servicios para miembros en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados que se obtengan en farmacias fuera de la red solamente en estas circunstancias.

Cubriremos los medicamentos con receta que se obtienen en una farmacia fuera de la red para una emergencia médica solo si no puede utilizar una farmacia de la red. Nuestra red de farmacias incluye un gran número de farmacias en todo el país que deberían permitirle encontrar una farmacia de la red cuando viaje por EE. UU. He aquí una situación que consideraríamos una urgencia médica:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en una de nuestras farmacias de la red para una afección médica urgente que requiere tratamiento inmediato, porque no hay farmacias de la red abiertas las 24 horas cerca de usted, o todas las farmacias de la red de su zona están cerradas, o no hay existencias del medicamento que necesita.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le correspondería) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si tiene previsto viajar fuera de EE. UU., le recomendamos que solicite una cantidad adicional de su medicamento antes del viaje. Es lo que se denomina un resurtido vacacional, que le garantizará que dispondrá de medicamento suficiente mientras esté fuera del país. Se le cobrará el importe del resurtido vacacional. Al resurtido vacacional se le aplicarán los mismos beneficios que al resurtido ordinario.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de Cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista han sido seleccionados por nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento que figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que esté en *una* de estas condiciones:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que fue recetado, o bien
- Avalado por ciertas referencias, como la Guía de Medicamentos de American Hospital Formulary Service (AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ciertos medicamentos pueden estar cubiertos para algunas afecciones, pero se consideran que no son elegibles en la Parte D para otras afecciones. Estos medicamentos se identificarán en nuestra Lista de medicamentos en www.Medicare.gov, junto con las afecciones médicas específicas que cubren.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original y, generalmente, cuestan

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no figuran en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Vaya a la Sección 7 para obtener más información).
- En otros casos, decidimos no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de medicamentos. (Vaya a la Sección 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Hay cinco niveles de costo compartido para los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El costo compartido del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos
- El costo compartido del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos
- El costo compartido del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos
- El costo compartido del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos
- El costo compartido del Nivel 5 incluye medicamentos de especialidad

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Para saber si un medicamento figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le hemos proporcionado electrónicamente. (La Lista de medicamentos incluye información para los medicamentos cubiertos que más utilizan nuestros miembros. Cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, visite nuestro sitio web o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si lo cubrimos).
- Visite el sitio web de nuestro plan en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/formulary. La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
- Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (Herramienta de beneficios en tiempo real) de nuestro plan en www.openenrollment.medimpact.com/#/web/nch/drug-price para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener así un cálculo aproximado de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. Puede llamar a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de las formas más eficaces. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimidos en comparación con líquidos).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Vaya al Capítulo 9.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan con base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra su medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/sites/default/files/documents/8f/medicare-prescription-drug-prior-authorization-criteria.pdf?f=b5df75a6.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina **tratamiento escalonado**. Los criterios para el tratamiento escalonado de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/sites/default/files/documents/a1/medicare-prescription-drug-prior-authorization-criteria.pdf?f=c96a0e7c.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Límites en la cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por cada receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que toma, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar, pero que no figura en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento quizá tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más caro de lo que usted cree que debería ser, vaya a la sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o está restringido, estas son las opciones que tiene a su disposición:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca de sus opciones.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que está tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O BIEN **ahora tiene algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted participó en nuestro plan el año pasado**, cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario, pero solo si demostramos que usted estuvo tomando el medicamento el año anterior con nuestra cobertura.
- Este suministro temporal será para un *suministro máximo de 30 días*. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proporcionar hasta un máximo de *30 días* de suministro de medicamentos. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades cada vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han participado en el plan durante un mínimo de 90 días y residen en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para *31 días*, o menos si su receta es para menos días. Esto es adicional al suministro temporal anteriormente mencionado.
- El UCLA Health Medicare Advantage Plan se asegurará de que en el entorno de cuidados a largo plazo: (1) la política de transición prevé un suministro temporal único de al menos un mes (a menos que el afiliado presente una receta por un período menor), el cual debe suministrarse de forma incremental y con múltiples suministros en caso necesario durante los primeros 90 días de inscripción del beneficiario en un plan, a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura del afiliado. En el caso de los afiliados ingresados o dados de alta de un centro de cuidados a largo plazo, las modificaciones de resurtido anticipado no se utilizan para limitar el acceso adecuado y necesario a su beneficio de la Parte D, los miembros pueden acceder a un resurtido en el momento del ingreso o del alta.
- **Para los miembros que se trasladan de un centro de cuidados a largo plazo (LTC) o de una estadía hospitalaria a su hogar:**
Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 30 días, o menos si su receta es para menos días.
- **Para los miembros que se trasladan de su hogar o de una estadía hospitalaria a un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento para un máximo de 31 días, o menos si su receta es para menos días.

Si tiene alguna pregunta sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

Opción 1: Puede cambiarse a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si un medicamento diferente cubierto por el plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2: Nos puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos nuestro plan. O puede pedirle nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para conocer lo que debe hacer. Allí se explican los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud y de manera justa.

Sección 5.1 ¿Qué hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, puede hacer varias cosas:

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel inferior de costo compartido que pueda resultarle igualmente eficaz. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Nos puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedir a nuestro plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento, de manera que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, vaya al Capítulo 9, Sección 6.4 para conocer lo que debe hacer. Allí se explican los procedimientos y fechas límite que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se tramite con prontitud y de manera justa.

Medicamentos en nuestro Nivel 5. Los medicamentos de especialidad no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan podrá hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría hacer lo siguiente:

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de participación en los gastos superior o inferior.**
- **Añadir o eliminar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

- Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si está tomando el medicamento que estamos retirando o sobre el que estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos al menos 30 días antes de hacer el cambio, o le informaremos del cambio y le cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Una vez comenzado el año, podemos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted está tomando. Por ejemplo, sobre la base de las advertencias de la FDA o las nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de hacer estos cambios, o le informaremos del cambio y le cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.

Si realizamos cambios a cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiarse a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, vaya al Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se han descrito anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

En general, los cambios que no lo afectarán durante el año del plan actual son los siguientes:

- Trasladamos su medicamento a un nivel superior de costo compartido.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que toma y que pueda afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Vaya al Capítulo 9 si desea obtener información sobre cómo apelar una decisión).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubrirá según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas con receta y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos para los cuales el fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se le compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. El medicamento excluido cubierto Sildenafil (Viagra genérico) está cubierto hasta una cantidad de 6 cada 30 días. El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6, Capítulo 6, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Si usted **obtiene Extra Help (Ayuda adicional) de Medicare** para pagar sus medicamentos recetados, Extra Help no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. (Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711 para obtener más información. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir un medicamento recetado

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan (que se encuentra en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetado.

Si no tiene la información de membresía de nuestro plan a la mano, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtenerla, o puede pedirle a la farmacia que consulte la información sobre la inscripción en nuestro plan.

Si la farmacia no obtiene la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Entonces puede **solicitar** que le **reembolsemos** la parte que nos corresponde. Vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 En un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan, generalmente cubrimos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC) (como una residencia de ancianos) tiene su propia farmacia o usa una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la que utiliza el centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy para saber si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo o la que ellos utilizan forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

Si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y necesita un medicamento que no figura en nuestra lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, vaya a la sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura para medicamentos que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare.

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo su cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia a su empleador, al administrador de beneficios de su plan de jubilación, al empleador o al sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a emitir recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboramos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura medicamentos con receta que contienen opioides y otros medicamentos que, con frecuencia, se utilizan en forma excesiva. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

necesario. En colaboración con las personas autorizadas a dar recetas, si decidimos que el uso de opioides o benzodiazepinas recetados puede no ser seguro, Podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos con opioides o benzodiazepinas recetados en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos con opioides o benzodiazepinas recetados donde determinadas personas autorizadas para darle recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos con opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtiene usted estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicas. Tiene la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas para darle recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud acerca de las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Vaya a la Sección 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No se le colocará en un Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP) si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativa o de final de vida, o reside en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los afiliados a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros

Capítulo 5 Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener los medicamentos de la Parte D

para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudarles a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa de manejo del tratamiento farmacológico. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM obtendrán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en dicho programa y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenoslo y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Le hemos enviado un folleto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get "Extra Help" Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada *Low-Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este folleto, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite el folleto *LIS Rider*.

En este capítulo utilizamos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para consultar sobre la cobertura de medicamentos www.openenrollment.medimpact.com/#/web/nch/drug-price, el costo que ve muestra una estimación de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” al llamar a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Hay tres tipos diferentes de gastos de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para realizar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos, que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
 - La Etapa del deducible (se aplica a los medicamentos en los Niveles 3, 4 y 5)
 - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte de Extra Help de Medicare, planes de salud de su empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA, Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$2,100 en costos que paga de su bolsillo en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Los pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Los pagos por sus medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Seguimiento de los costos totales que paga de su bolsillo

- El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted obtiene incluye el monto total de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance \$2,100, la *EOB de la Parte D* le informará que ha salido de la Etapa de cobertura inicial y ha avanzado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Vaya a la Sección 3.1 para conocer lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas del pago de medicamentos para los miembros del Plan UCLA Health Medicare Advantage Principal

Hay **tres etapas de pago de los medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta según el **UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan**. La cantidad que paga por cada medicamento depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. En este capítulo se explican los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

- **Etapas 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapas 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapas 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su explicación de beneficios (EOB) de la Parte D explica en qué etapa de pagos se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted realiza cuando obtiene recetas en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pagos de medicamentos a la siguiente etapa. Realizamos un seguimiento de dos tipos de costos:

- **Costos de su bolsillo:** Esto es lo que usted pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud del sindicato o del empleador, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Si surtió una o más recetas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esto muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos.

Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que terceros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también cuentan para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos efectuados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de ayuda para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas cuentan como gastos de su bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando obtenga la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos, y para viajeros. Usted pagará un deducible anual de \$250 con los medicamentos de *Niveles 3, 4 y 5*.

Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más los cargos de dispensación para los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare.

Una vez que paga \$250 por sus medicamentos de los *niveles 3, 4 y 5*, sale de la Etapa de deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos y usted paga su parte (su copago o el monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

Nuestro plan tiene cinco niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El costo compartido del Nivel 1 incluye los medicamentos genéricos preferidos
 - El costo compartido del Nivel 2 incluye los medicamentos genéricos
 - El costo compartido del Nivel 3 incluye los medicamentos de marca preferidos
 - El costo compartido del Nivel 4 incluye los medicamentos no preferidos
 - El costo compartido del Nivel 5 incluye los medicamentos de nivel de especialidad
- El Nivel 1 es el más bajo y el Nivel 5 es el más alto
- Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en los Niveles 3 y 4.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no es parte de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, vaya a la Sección 2.4 del Capítulo 5.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y la obtención de sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/pharmacy.

Sección 5.2 Sus costos para un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto

Durante la Etapa de cobertura inicial, su costo compartido de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

El monto del copago o coseguro depende del nivel del costo compartido.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Su costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido o estándar en farmacia minorista dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0	\$0 copago

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Nivel	Costo compartido o estándar en farmacia minorista dentro de la red (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido o de pedido por correo (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) (suministro de hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; vaya al Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 2 de costo compartido <i>(Medicamentos genéricos)</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>Copago de \$0</i>	<i>\$0 copago</i>
Nivel 3 de costo compartido <i>(Medicamentos de marca preferidos)</i>	<i>Copago de \$47</i>	<i>Copago de \$47</i>	<i>Copago de \$47</i>	<i>\$47 copago</i>
Nivel 4 de costo compartido <i>(Medicamentos no preferidos)</i>	<i>Coseguro del 45 %</i>	<i>Coseguro del 45 %</i>	<i>Coseguro del 45 %</i>	<i>45 % coseguro</i>

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos incluso si no ha cubierto su deducible.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, vaya a la Sección 7 de este capítulo.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro para el mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, a usted o su proveedor le gustaría obtener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

Si obtiene un suministro para menos de un mes completo de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días del medicamento que obtenga en lugar del mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que obtenga.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro de *largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro de largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, paga el precio más bajo por el medicamento en lugar del copago.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Su costo cuando recibe un suministro de *largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (suministro de hasta 100 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de \$0	Copago de \$0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Copago de \$141	Copago de \$117.50
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos no preferidos) Solo puede obtener un suministro de hasta 90 días de este nivel	Coseguro del 45 %	Coseguro del 45 %

Usted no pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto sin importar el nivel de costo compartido, incluso si aún no ha cubierto su deducible.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100.00

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos que paga de su bolsillo alcancen los \$2,100. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para el total de los costos que paga de su bolsillo.

La *EOB de la Parte D* que obtuvo le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en nombre suyo durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de \$2,100 que pagan de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Vaya a la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted entra en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo han alcanzado el límite de \$2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
- En el caso de los medicamentos excluidos cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted abona un copago de \$0.

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Vaya a la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina puesta de la vacuna).

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sus costos para la vacuna de la Parte D dependen de tres elementos:

1. Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- Cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar solo su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.

A continuación, se presentan tres ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted paga a la farmacia el copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluso la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administrarán la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagar a la farmacia el copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que usted pagó menos el coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le reembolsen el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama reembolsar). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Vaya a la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que obtuvo o posiblemente por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitar a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que ha recibido:

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

1. Cuando ha obtenido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si al proveedor se le adeuda algo, le pagaremos directamente.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto adeudaba y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura que usted considera que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vaya a la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer más sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si usted no lleva consigo su tarjeta de miembro de nuestro plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción de nuestro plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. Esto se conoce como tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos el reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos su reclamación en un plazo de 12 meses para las reclamaciones médicas y de 36 meses para las reclamaciones de medicamentos con receta** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos sería muy útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/resources o llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicitar el formulario.

Para las reclamaciones médicas, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas detalladas, los historiales médicos y los comprobantes de pago o recibos a esta dirección:

UCLA Health Medicare Advantage Plan
ATTN: Claims Department

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

PO Box 211622
Egan, MN 55121-3622

Para las reclamaciones de medicamentos con receta, envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
PO Box 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 858-549-1569
Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el español, braille, tamaño de letra grande ni otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas que no sean el inglés, como español y en sistema braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de la forma que mejor le convenga, llame al Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llámenos para presentar un reclamo al 1-833-627-8252. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluyendo aquellos con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, dificultades auditivas o personas con diferentes orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a: provisión de servicios de traductores, servicios de intérpretes, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Los materiales impresos están disponibles en inglés y español. También podemos ofrecerle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo, si lo necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, por favor llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para servicios de salud rutinarios y preventivos.

Si no hay proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de especialidades fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la parte correspondiente al costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación donde no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesite, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio sujeto al costo compartido de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista dentro de la red, por favor llame para presentar una queja a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY al 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) de la red de nuestro plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de ser remitida.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red de nuestro plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice (Aviso sobre prácticas de privacidad)*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Se nos exige divulgar información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
- Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales; en general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica específicamente.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por el plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o preocupaciones sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si dicha cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

Si desea más información sobre Instrucciones anticipadas, visite <https://oag.ca.gov/consumers/general/care>

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esa situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede hacer lo siguiente:

- Completar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con anticipación para estos casos se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos, como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Llene el formulario y fírmelo.** No importa el lugar donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entreguen copias del formulario a las personas pertinentes.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Tal vez desee entregar copias a sus amigos cercanos o a los miembros de su familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia consigo cuando vaya al hospital.**

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Llenar una instrucción anticipada es su elección

(incluso si desea firmar uno si ya está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una instrucción avanzada y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services).

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, duda o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga: solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarle con equidad.**

Sección 1.7 Si siente que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad u origen nacional, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, y *no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda en los siguientes sitios para tratar el problema que está enfrentando:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- **Llame a las oficinas del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) en su localidad** al 1-800-434-0222
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Llame a las oficinas del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) en su localidad al 1-800-434-0222**
- **Comuníquese con Medicare**
 - Visite www.Medicare.gov para consultar la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan más detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro médico u otra cobertura para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro de nuestro plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
 - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
 - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto** de esto para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, debe comunicarlo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:

Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas y preocupaciones:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominado reclamos).

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, en este capítulo se utiliza palabras más comunes en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos utilizar para obtener la asistencia o información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debería de llamar a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento encontrará los números de teléfono y las URL del sitio web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) a cualquier hora, disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso utilizar para su problema?

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la **Sección 4, Guía para decisiones de cobertura y apelaciones.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

No.

Vaya a la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4 Guía para decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de obtenerla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deja en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médica no está cubierta o que usted ya no tiene cobertura. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que obtenga un beneficio y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o expedita de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, la apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, vaya a la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 4.1 Obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- **Obtener ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicitar el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de representante). (El formulario está disponible también en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/AOR.)
 - Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y pida el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario está disponible también en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf : o en nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/AOR.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darnos una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo obtenemos. Si no obtenemos el formulario antes de que finalice nuestro plazo para tomar

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para solicitar algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Reglas y plazos para diferentes situaciones

Existen cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Les proporcionamos los detalles de cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información del programa SHIP en su localidad.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan la cubre. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Obtuvo y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le comunica que la cobertura para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF), vaya a las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica, se la denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, las decisiones estándar sobre cobertura se toman en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, en un plazo de 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o en un plazo de 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Puede *solicitar solamente* cobertura artículos médicos y/o servicios (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares pudiese afectar su salud o perjudicar su habilidad de forma grave o perjudicar su capacidad física.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándar.
- Que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contactos.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a las normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Le brindaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 10 para obtener más información).

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. (Vaya a la Sección 10 para obtener más información). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contactos.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contactos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, y posiblemente nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que obtengamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su condición de salud así lo requiere.
 - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si necesitamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le brindaremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Vaya a la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 El Nivel 2 del proceso de apelación

Término Legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** (Independent Review Entity). A veces se le conoce como **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes expeditas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes expeditas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica no se debe autorizar. (Esto se conoce como **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicarle su decisión.
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.5 Si usted nos está solicitando que le pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido en concepto de atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica pedir una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió las normas correctamente, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y los motivos pertinentes.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago inicial.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 Vacunas de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, vaya al Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, vaya a capítulos 5 y 6. **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, no dude en preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse tal y como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término Legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicita que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitar el pago de una cantidad inferior de costo compartido por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido superior. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos constituye una **excepción al formulario**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento constituye una **excepción al formulario**.

Solicitar el pago con un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto constituye una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 para medicamentos de marca o para medicamentos genéricos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 2. Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede solicitar una excepción a la cantidad de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel inferior de costo compartido.** Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
 - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
 - No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido en los gastos de ningún medicamento del Nivel 5.
 - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

nivel, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año de nuestro plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **determinación de cobertura expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibida la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibida la declaración de su médico.

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Su solicitud debe ser para medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Que usaremos los plazos estándar.
- Explica que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Le indica cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicitar una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación modelo de cobertura de CMS* que está disponible en nuestro sitio web www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/determination. El Capítulo 2 contiene información de contactos. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, la información de contacto y la información que identifica la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.**Plazos para una decisión de cobertura rápida**

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha obtenido

- En general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación expedita**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Generalmente, una apelación estándar se realiza dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha obtenido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contactos.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-833-627-8252.** El Capítulo 2 contiene información de contactos.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid CMS* (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), que está disponible en nuestro sitio web UCLAHealthMedicareAdvantage.org/redetermination. Incluya su nombre, información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que obtengamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no ha obtenido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero no más tarde de **7 días calendario** después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le indicaremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el procedimiento de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término Legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente** (Independent Review Entity). A veces se le denomina **IRE**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
 - **Debe realizar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Le enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha obtenido. Si nos solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Explicarle su decisión.
- Le notifica sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es definitiva.
- Le indica el valor en dólares que debe estar en disputa para poder continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se le ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando salga del hospital.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días calendario posteriores a su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga. Dice lo siguiente:

- Su derecho a obtener servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa que** esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. Guarde la copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

obtener el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el Programa de asesoramiento y defensoría sobre seguros médicos (HICAP) llamando al 1-800-434-0222. La información de contacto de SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (An Important Message from Medicare About Your Rights [*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
- **Si no cumple este plazo, póngase en contacto con nosotros**. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que obtenga después de la fecha prevista del alta.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que **deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que obtenga después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que obtuvo desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.**

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 **Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura**

Término Legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación rápida**. Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos dos días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
 - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Puede comunicarse con el Programa de asesoramiento y defensoría sobre seguros médicos (HICAP) llamando al 1-800-434-0222. La información de contacto de SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día antes de la fecha de entrada en vigor** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no cumple el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derecho a hacerlo. Póngase en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado se encuentra en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término Legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día que los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan?

- Si los revisores *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha obtenido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia una decisión sobre una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de obtener la decisión del juez administrativo o mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
- Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de obtener la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones expeditas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de obtener la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones puede concluir o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
 - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar o rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Presentar quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
relacionan con lo <i>oportuno</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, y le hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se conoce como **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** también se conoce como **reclamo expedito**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) es por lo general el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Para presentar una queja por escrito, puede ir a nuestro sitio web en www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org/appeals para descargar el Formulario de

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

apelaciones y quejas (Appeals and Grievance Form) y seguir las instrucciones proporcionadas.

No necesita usar el formulario. Puede escribirnos y proporcionarnos detalles sobre su queja, incluida cualquier información pertinente como las partes involucradas, la fecha del incidente, el motivo de la queja o cualquier documentación de respaldo. Descargue y complete el Formulario de apelaciones y quejas y envíelo por correo o fax al plan UCLA Health Medicare Advantage.

Por correo postal:

UCLA Health Medicare Advantage Plan
PO Box 211622
Eagan, MN 55121

Por fax: 1-424-320-8517

Si tiene una queja, intentaremos resolverla por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas. Su queja debe explicar lo que le preocupa, por ejemplo, por qué no está satisfecho con los servicios recibidos. Consulte el Capítulo 2 para saber a quién debe dirigirse en caso de tener una queja.

- Debe presentarnos su queja (verbalmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos atender su queja tan pronto como lo requiera su salud, pero no más tarde de 30 días calendario después de recibirla. Podemos ampliar el plazo para tomar nuestra decisión hasta 14 días calendario si usted lo solicita, o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso favorece a sus intereses.
- Le enviaremos una carta informándole que hemos recibido la notificación de su preocupación en un plazo de 5 días calendario y le daremos el nombre de la persona que está trabajando en ello. Normalmente lo resolveremos en un plazo de 30 días calendario.
- Puede presentar una queja expedita sobre nuestra decisión de no agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos, o nuestra decisión de ampliar el tiempo que necesitamos para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos. Debemos responder a su reclamación expedita, también llamada queja expedita, en las 24 horas siguientes a su recepción.

Si desea presentar su queja verbalmente, haremos todo lo posible por intentar resolver sus dudas por teléfono. Si no podemos resolver su queja por teléfono, disponemos de un procedimiento formal para revisar sus quejas. Su queja debe

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

explicar su preocupación, por ejemplo, por qué no está satisfecho con los servicios que ha recibido. Consulte el Capítulo 2 para saber a quién debe dirigirse en caso de tener una queja.

- Debe presentarnos su reclamo (verbalmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos atender su queja tan pronto como lo requiera su estado de salud, pero no más tarde de 30 días naturales después de recibirla. Podemos ampliar el plazo para tomar nuestra decisión hasta 14 días calendario si usted lo solicita, o si justificamos la necesidad de información adicional y el retraso favorece a sus intereses.
- Puede presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de no agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos, o nuestra decisión de ampliar el tiempo que necesitamos para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación por atención médica o artículos. Debemos responder a su reclamación expedita en un plazo de 24 horas.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora favorece a sus intereses o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) en responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le concederemos una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

Capítulo 9 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad.** La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contactos.

O bien

- **Puede presentar su queja a la Organización para la mejora de la calidad y a nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben de llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Cancelación de membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción Abierta

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta,
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, O bien
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan

- Si elige esta opción y recibe Extra Help (Ayuda adicional), Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede realizar lo siguiente:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancelar su membresía en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan

Es posible que pueda ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid)
- Si usted es elegible para recibir ayuda adicional del programa Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si incumplimos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).]

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, O bien
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiarse de nuestro plan.
- **Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar el costo de sus medicamentos.** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare distinto, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan**Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía**

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual **Medicare & You 2026 (Medicare y Usted 2026).**
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
Original Medicare con un plan separado de medicamentos con receta de Medicare,	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan separado de medicamentos de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su membresía. Llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la cancelación. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan

- Su inscripción en el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan se cancelará cuando comience la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red o pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan

- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si continuamente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante tres meses calendario.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene cuatro meses calendario para pagar la prima de nuestro plan antes de que cancelemos su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

El UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si cree que se le está solicitando que abandone nuestro plan por motivos relacionados con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10 Cancelación de membresías en nuestro plan

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del Estado en el que usted vive. Esto puede afectar a sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no estén incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad o necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para los miembros al 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), el UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes de la B a la D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones

“Ayuda adicional” (Extra Help). Es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”. Se refiere a un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Apelación. Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya obtuvo. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está obteniendo.

Área de servicio. Se refiere a un área geográfica donde usted debe residir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia. Son servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Autorización previa. Es la aprobación por adelantado para recibir servicios o determinados medicamentos con base en criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención de la salud a domicilio. Se refiere a una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar

Capítulo 12 Definiciones

con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Biosimilar intercambiable. Es un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales acerca del potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar. Es un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (vaya a “**Biosimilar intercambiable**”).

Cancelar o cancelación de la inscripción. Es el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF). Es un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio. Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta. Se refiere a la cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare). Es un seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Copago. (o Pago compartido). Es el monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10) más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20%) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar los deducibles.

Costo compartido diario. Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe abonar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de \$1 por día.

Costo compartido preferido: costo compartido preferido significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido. Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se obtiene un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro. Se refiere a una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo. Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos obtenidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial. Es el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un centro de cuidados, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como

Capítulo 12 Definiciones

bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados en un Centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Son servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados de forma continua y diaria, en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los cuidados incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Deducible. Es el monto que usted debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura. Es una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización. Se refiere a una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Dispositivos protésicos y ortésicos. Son dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME). Se refiere a ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla,

Capítulo 12 Definiciones

equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas. Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado \$2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga un costo compartido para los medicamentos excluidos que estén cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapas de cobertura inicial. Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información. En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción – Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido con un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación del saldo. Es cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red. – Es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red. Es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría

Capítulo 12 Definiciones

de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospicio. Es un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización. Una hospitalización ocurre cuando se le ingresa formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Sin embargo, aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo o ambulatorio.

Indicación médicamente aceptada. Se refiere al uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como la Guía de Información de Medicamentos del American Hospital Formulary Service (AHFS) y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI). Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad. Es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos). Es una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Máximo precio justo. El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Medicaid (o asistencia médica). Es un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario. Significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Capítulo 12 Definiciones

Medicamento de marca. Es un medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico. Es un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado. Un medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos. Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D. Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Advantage (MA) Plan. A veces llamado Medicare Parte C. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta.**

Medicare. Es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Capítulo 12 Definiciones

Médico de atención primaria (PCP). Es el médico u otro profesional a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan). Se refiere a una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto máximo de pago de su bolsillo. Es el importe máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo. Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D. Se refiere a un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Nivel de costo compartido. Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO). Se refiere a un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones

Original Medicare (Traditional Medicare or Fee-for-Service Medicare). Se refiere al plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los Estados Unidos.

Parte C – Vaya al plan Medicare Advantage (MA).

Parte D.: Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios. La forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios del centro de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya obtenido servicios de atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage. Es el período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de Inscripción Abierta. Es el período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o cambiar a Original Medicare.

Período de inscripción especial. Se refiere a un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción

Capítulo 12 Definiciones

especial incluyen: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de Inscripción Inicial. Cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, es el período de tiempo en el que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Afiliación Inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Persona con doble elegibilidad. Persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales equivalente institucional (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP). Un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales. Es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare. Se refiere a un plan de salud de Medicare que ofrece una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). Un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando obtiene los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que obtenga de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Capítulo 12 Definiciones

Plan institucional para necesidades especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP). Los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en determinados centros de atención de largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes a los institucionales (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan médico competitivo (Competitive Medical Plan, CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.]

Plan PACE. Se refiere al plan del Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un centro de cuidados) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Plan para necesidades especiales de cuidados crónicos (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP). Los C-SNP son planes de necesidades especiales (SNP) que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que padecen enfermedades crónicas y graves específicas.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare). Es el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima. Es el pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original. Se refiere a un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que funciona como la comparación

Capítulo 12 Definiciones

para los fabricantes que realizan una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico. Es un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (vaya a “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Programa de descuentos del fabricante. Se refiere a un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen ciertos requisitos o que participan en un programa de manejo de medicamentos. Los servicios de MTM suelen incluir una consulta con un farmacéutico o un profesional sanitario para revisar la medicación.

Proveedor de la red. Proveedor es el término general para referirse a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red. Se refiere a un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no son propiedad ni los opera nuestro plan.

Queja. Es el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que obtiene. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Reclamo. Es un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Capítulo 12 Definiciones

Referencia. Conocida también como remisión es una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una referencia, es posible que nuestro plan no cubra los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare. Son servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de cuidado de la vista, dentales o de audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos. Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación. Estos servicios incluyen el cuidado de rehabilitación como paciente hospitalizado, fisioterapia (como paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia necesarios. Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura de nuestro plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales), no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los miembros. Es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios preventivos. Atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es más probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS). Vaya a Ayuda adicional (Extra Help).

Capítulo 12 Definiciones

Tratamiento escalonado. Se refiere a una herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Servicios para los miembros del UCLA Health Medicare Advantage Principal Plan

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Por teléfono	1-833-627-8252 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral. El Servicio para los miembros, en el 1-833-627-8252 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), también ofrece servicios de interpretación gratuitos para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Si se encuentra fuera del estado, llame por teléfono al: TTY: 800-833-5833 (sin costo) Voz: 800-833-7833 (sin costo) Horario de operación: De 8 a. m. a 8 p. m. horario del Pacífico, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo. Nota: Cerramos la mayoría de los días feriados federales. Cuando estamos cerrados tiene la opción de dejar un mensaje. Los mensajes recibidos en días feriados y fuera de nuestro horario normal se devolverán en el plazo de un día laboral.
Fax	1-424-320-8517

Por carta	PO Box #211622 Eagan, MN 55121
Sitio web	www.UCLAHealthMedicareAdvantage.org

El Programa de asesoramiento y defensoría del seguro médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de California) es un programa estatal independiente que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare

Método	Información de contactos
Por teléfono	1-800-434-0222
TTY	1-800-735-2929 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Por carta	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Dr, Suite 200 Sacramento, CA 95833
Sitio web	aging.ca.gov/hicap/

Declaración de divulgaciones PRA Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información a menos que esta muestre un número de control válido de OMB. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.